

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE – ACCIDENT DE TRAJET

Vous êtes concerné par ce formulaire si vous êtes agent titulaire ou stagiaire de l'Etat, ou agent non titulaire de droit public affecté à temps complet et sur une durée égale ou supérieure à un an.

Cette **déclaration** est à **transmettre**, sous couvert de votre supérieur hiérarchique au pôle qualité de vie au travail, dialogue social et action sociale de la DRH, **dans un délai de 15 jours** à compter de la date de l'accident ou de la date de la 1ère constatation médicale. Elle devra impérativement être **accompagnée par un certificat médical** indiquant la nature et le siège des lésions résultant de l'accident ainsi que, s'il y a lieu, la durée de l'incapacité de travail en découlant. Le certificat médical initial original délivré par votre médecin doit être transmis sous pli confidentiel (volets 1 et 2) par courrier interne, le volet 3 est à conserver par vos soins, le volet 4 qui est « muet » sur la constatation de lésion(s) est destiné à votre supérieur hiérarchique.

Ne jamais présenter la carte vitale. Aucun document concernant l'accident ne doit être adressé à la MGEN ou à la CPAM.

Si l'accident entraîne un arrêt de travail, vous devez transmettre le certificat médical initial dans le délai de 48H suivant son établissement, les prolongations éventuelles sont à transmettre dans les mêmes délais

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

N° de sécurité sociale :

Téléphone fixe : Portable :

Adresse personnelle :

.....

Code postal : Ville :

Adresse mail (professionnelle uniquement) :@univ-rennes1.fr

Composante ou service d'affectation principale :

.....

.....

Code postal : Ville :

Statut agent : Depuis le :

(Rappel : pour les personnels non titulaires, la déclaration n'est à remplir que si le contrat de travail est d'une durée d'un an et à temps complet)

Catégorie : A B C Corps :

Date de nomination (dans l'établissement) : Quotité de service :%

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE OU LES TEMOINS

L'accident a-t-il eu des témoins ? Oui Non

Si oui, le(s) témoin(s) remplira les rubriques suivantes ou joindra une déposition datée et signée (précision le témoignage de mineur n'est pas recevable).

Je soussigné.e : Fonction :

Demeurant (adresse complète et n° de téléphone) :

Déclare avoir été témoin de l'accident dont a été victime M.Mme :

Le (jour, date, heure) A

J'ai été directement témoin des circonstances suivantes :

.....
.....
.....
.....
.....

A..... le signature témoin

Absence de témoin(s) oculaire(s) : faire remplir par la première personne ayant recueilli le signalement de votre accident les rubriques ci-après.

Je soussigné.e :Fonction :

Demeurant (adresse complète et n° de téléphone)

Déclare avoir été informé(e) de l'accident par la victime, le (jour, date, heure) :

à :

Observations éventuelles :

.....

Date et lieu signature de la 1ère personne prévenue : Signature

En cas d'absence de signalement de l'accident au-delà de 24 heures à l'établissement d'affectation en préciser la ou les raisons.

RENSEIGNEMENTS SUR D'EVENTUELS ACCIDENTS DU TRAVAIL/MALADIES PROFESSIONNELLES ANTERIEURES

Dans l'affirmative renseigner les rubriques suivantes :

	1er accident	2ème accident	3ème accident
Date			
Siège des lésions			
Guérison / séquelles Taux d'IPP			
Etablissement d'affecation lors de l'accident			

RENSEIGNEMENTS EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET : joindre obligatoirement la copie d'une carte routière ou d'un plan (type mappy par ex.) indiquant le trajet habituellement suivi et celui du jour de l'accident. Le plan doit matérialiser le lieu du domicile, le lieu de travail, le trajet emprunté et le lieu de l'accident.

Accident survenu sur le trajet : domicile/travail travail/domicile

Accident survenu sur le trajet habituel : oui non (préciser la raison) :

.....
.....

Heure de départ habituelle : Heure départ du jour de l'accident :

Heure d'arrivée habituelle : Heure d'arrivée du jour de l'accident :

Avez-vous effectué un détour ou avez-vous interrompu votre trajet (en dehors de l'accident), si oui pour quel motif :

.....
.....

LE DECLARANT

Je soussigné(e),

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées.

Fait à : le (date de déclaration) :

Signature du déclarant (ou de son représentant, à préciser, s'il y a lieu)

LE SUPERIEUR HIERARCHIQUE

Rapport d'enquête (il s'agit de relater de manière extérieure les circonstances de survenue de l'accident) :

.....
.....
.....

Réserve(s) envisagée(s) sur l'accident Oui Non

En cas de réserve(s) sur l'accident, le supérieur hiérarchique doit établir une attestation sur papier libre en explicitant les arguments et la joindre au dossier.

A....., Le.....

Nom prénom, qualité, timbre et signature du supérieur hiérarchique

Rappel : si l'accident s'est produit dans l'établissement, a-t-il été porté sur le registre hygiène et séc ?

ANNEXE 1 : LISTE DES PIÈCES OU ÉLÉMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT

Tout dossier incomplet, mal renseigné ou dont le modèle est ancien sera retourné.

L'agent doit assurer la production des documents nécessaires à la constitution du dossier.

Préalable : Le Certificat de prise en charge établi par le responsable administratif de la composante, à remettre aux professionnels de santé sera remis à la victime. Ce certificat permet de ne pas avancer les frais liés à l'accident.

I) ACCIDENT INITIAL

- Imprimé déclaration enquête complétée par l'agent, daté, signé par la victime et le supérieur hiérarchique.
- Original du certificat médical initial (volets 1 et 2) imprimé « Accident du Travail » CERFA n°11138*04 comprenant le descriptif des lésions (Cerfa remis par le médecin).
- Emploi du temps visé par le supérieur hiérarchique (signature + timbre) pour les personnels non enseignants

Vous devez fournir des pièces complémentaires en cas de :

a) Accident de trajet

- Copie de la carte routière ou d'un plan de ville sur lequel seront reportés, selon le cas : le domicile, le lieu de travail, le lieu habituel des repas et le lieu de l'accident, ainsi que le trajet habituel et celui suivi le jour de l'accident, s'il est différent.

L'itinéraire emprunté doit être tracé sur la carte ou le plan joint.

Copie du constat amiable, le cas échéant.

- Copie du P.V. de police, de gendarmerie, le cas échéant : une copie du P.V peut être obtenue directement par l'agent auprès de son assurance (cf article 13 de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985).
- Attestation sur papier libre du tiers en cas d'accident si absence de constat amiable ou de PV de police ou gendarmerie seulement si un tiers est impliqué dans l'accident.

b) Accident de mission

- Ordre de mission, convocation ou justificatif du supérieur hiérarchique spécifiant le lieu, la date, les horaires et l'objet précis et détaillé de l'activité de service hors du lieu de travail habituel. Pour une formation, la feuille d'émargement peut être produite.

II) SUITES DE L'ACCIDENT (valable pour tout type d'accident)

Certificats médicaux à fournir par la victime :

- Original du certificat médical de prolongation d'arrêt de travail de date à date et/ou de soins (original des volets 1 et 2) comprenant le descriptif des lésions, à fournir sans interruption.
- Original du certificat médical de reprise d'activité (original des volets 1 et 2) obligatoire dans le cadre d'un accident de service / travail.
- Original du certificat médical final de guérison ou de consolidation (original des volets 1 et 2) pour clore le dossier.

FICHE ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

Cette fiche est destinée à l'administration afin que cette dernière puisse le cas échéant recouvrer ses propres dépenses auprès des assurances : frais directement liés à l'accident, salaires versés pour des arrêts de travail consécutifs à l'accident dès lors que l'accident implique un tiers responsable. Cette fiche étant utilisée dans une procédure distincte, il vous est donc demandé de renseigner à nouveau certaines données.

Accident :

Date de l'accident (en précisant le jour de la semaine): Heure :

Type d'accident :

Nom de l'Etablissement, de la composante ou du service et adresse précise :

.....
.....
.....

Renseignements concernant le déclarant

Nom de naissance..... Nom d'usage.....

Prénoms..... Date de naissance.....

Numéro INSEE.....

Adresse de la victime :

.....
.....
.....

Nom et adresse de la compagnie d'assurance de l'agent.....

.....

N° de contrat de l'assurance de l'agent victime de l'agent.....

Renseignements concernant le tiers responsable :

Nom et prénom du tiers.....

Et/ou nom et prénom du représentant légal.....

Adresse du tiers

.....

Le tiers responsable est-il assuré : Oui Non

Si oui, nom et adresse de compagnie d'assurance du tiers responsable (assurance responsabilité civile):

.....

N° de contrat de l'assurance du tiers responsable

Le déclarant, je soussigné(e), (nom et prénom)
certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Signature du déclarant

A, le.....